

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540486

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 01/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540486

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 01/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190540486

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 01/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000001617-9

Conta: 0000041235-X

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

102.144.914-80

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Joselito Barbosa dos Santos Júnior

6 - CPF:

354

9 - Número:

10 - Complemento:

7 - Profissão:

Acabador de Gesso

8 - Endereço:

Rua: Tdus. João Oscar

9 - Bairro:

Trindade

10 - Cidade:

João Pessoa

11 - Estado:

PB

12 - CEP:

58011-110

13 - E-mail:

14 - Tel.(DDD):

15 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

16 - Tel.(DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Banco do Brasil (001)

Itaú (341)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BND do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1617

CONTA: 41285

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de cobertura de invalidez permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Pelo motivo acinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, certificando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gabinete Segurado Lider - 100-João Pessoa/PB

Av. Dom Pedro I, 111 - 5º Andar - Centro - João Pessoa/PB

MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Se tinha filhos, informar

teve filhos?

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou
residuo (valores)?

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

31 - Vítima
tive irmãos?

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar

teve irmãos?

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou
pais/avós vivos?

Sim

Não

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

José, Pessoa, 10 de Setembro 2019

José, Testemunha de fato

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

CPF:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190540486
Nome do(a) Examinado(a): Joselito Barbosa dos Santos Junior
Endereço do(a) Examinado(a): R Telg Joao Oscar, 354
Trincheiras Joao Pessoa PB CEP: 58011-010
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3438656
Data local do acidente: [01/02/2017]
Data local do exame: [11/10/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Complicações: EVOLUIU COM OSTEOMIELITE , TENDO SIDO NECESSÁRIO NOVAS CIRURGIAS PARA LIMPEZA E DESBRIDAMENTO E POSTERIORMENTE RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTSESE.

Data da Alta: 28/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA Perna DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518
Segunda Segurança

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01617-9

CONTA: 000000041235-X

Nr. da Autenticação 9E28403BBAA69C6F



CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.654/0001-67 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Meu
SEGUNDA VIA

Nº Documento: 201906430315

ESCRITÓRIO

JOAO PESSOA

 CÓDIGO PARA
 DÉBITO AUTOMÁTICO
 00043031.5

 MATRÍCULA
 00043031.5

CLIENTE

VERONICA MARTINS DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ:

929.999.999-99

VENCIMENTO

15/06/2019

INSCRIÇÃO

001.004.385.0229.000

ENDERECO DO IMÓVEL

RUA TELG JOAO OSCAR, 354 - TRINCHEIRAS JOAO PESSOA PB 58011-010

FATURA

06/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

T.TGADO

ESGOTO

T.TGADO

ÚLTIMOS CONSUMOS

05/2019 -	16	01/2019 -	0
03/2019 -	0-9	02/2019 -	0-9
01/2019 -	0-9	12/2018 -	0-9
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	17	R	53019

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	CONSUMO/DIA
02/05/2019	01/06/2019	Nº Hm:	199.98	199.98

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

AQUA				
RESIDENCIAL 001 UNIDADE				
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)		10 M3		37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,69 POR M3		7 M3		32,43
ESGOTO				
RESIDENCIAL 001 UNIDADE				
ATE 10 M3 - R\$ 30,33 (POR UNIDADE)		10 M3		30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,51 POR M3		7 M3		24,51
PARCELAMENTO DE DÉBITOS - PARCELA 3/40 -				
ACRESCIMO(S) MRE(EBI) ANT.	04/2019			64,44
JUROS DE MORA	04/2019			1,38
				65,82
Salvo quando o direito tributário PIS e Cofins, Lei 12.741 de 2012, R\$ 18,54				
			TOTAL R\$	199,98

SR. USUÁRIO: EM 31/07/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.

COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.

CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 05/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,90	Cor Aparente	1,60	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)	1,90	P.H.	6,40	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/08/2019

CAGEPA

MATRÍCULA
00043031.5INSCRIÇÃO
001.004.385.0229.000FATUPA
06/2019NÃO RECEBER APÓS
30/06/2020

VENCIMENTO

15/06/2019

VALOR R\$

199,98

GRUPO: 105

FIRMA: 2

82680000001-8 99980010001-1 00043031501-0 06201950003-2

VIA CAGEPA

LUCIA DE FATIMA GOMES MENDONCA
RUA JOAO TEIXEIRA DE CARVALHO, 349 - PEDRO GONCALVES
JOAO PESSOA / PB CEP: 58031220 [AQ: 1]

Ligação MONOFÁSICO
Casa/Soc. RES.MT.C.BV7 RESIDENCIAL, RESIDENCIAL
Romp. 2-5-11-24-25 Referência Set/2019
Medidor B0000843900 Emissão: 06/09/2019

ENERGISA PARAÍBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
B-220, KM 25, Distrito Industrial, Zona Sul da PB - CEP 58140-000
CNPJ: 05.246.153/0001-40 - Rod. Est. 160 KM 32540
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 000.005.467
Cód. para Débito Automático: 20001162139

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Set / 2019	06/09/2019	08/10/2019	154.213.094-87

UC (Unidade Consumidora): 5/115313-9

Canal de contato
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil/

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 07/09/19	Leratura 5888	Data 08/09/19	Leratura 5888	
00 - Detalho				
0001 Consumo (em kWh)				
0001 Adm. B. Vermelha	270.000	0.634740	225.39	225.39 27
0001 Adm. B. Vermelha	16.01	16.01	27	4.37 16.01 0.16 0.73
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	10.00	0.00	0	0.00 0.00 0.00 0.00

COD. Código de Classificação do item TOTAL 221.25 341.38 66.17 341.38 2.38 11.02 Tarifa e/ou Tributos 0.563902

Média últimos meses (kWh) 221 VENCIMENTO 13/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 252,25

Histórico de Consumo (kWh)											
0	27	158	236	114	272	228	388	304	389	233	228
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

2dcd 63a1 8145.f606.2ad0.06d0.71b9.e8d2

Indicadores de Qualidade			7/2019-Total
Limite da rede El.	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DC MENSAL	0.03	2.00	
DC TRIMESTRAL	0.87	NOMINAL	220
DC ANUAL	19.34		
FIC MENSAL	10.77	1.00	CONTRATADA
FIOTRIMESTRAL	8.72	1.00	LIMITE INFERIOR
FIOTRIMESTRAL	12.45	1.00	LIMITE SUPERIOR
DCM	12.88	2.00	221
DCR	12.22		

Consumo de Recursos		
Descrição	V.Nat (R\$)	%
Serviços de Comunicação	50,59	19,52%
Comunicação	50,59	19,52%
Seguro de Veículos	10,00	4,00%
Entret. Sociais	10,00	4,00%
Resíduos Domésticos e Encargos	10,00	4,00%
Outros Serviços	10,00	4,00%
Total	252,25	100,00

ATENÇÃO
Res. Lote Tarifário - Vigência 29/09/19-Rel. ANEEL nº 2.598 - Ata Tarifária 4.40% Médio
Res. Lote Tarifário - Vigência 29/08/19-Res. ANEEL nº 2.598 - Itaiá Tarifária 4.23% Médio
- Leitura confirmada

Páginas em atraso:



BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190 00009 03150.244006 00408.043172 4 80110000025225

PAGADOR: LUCIA DE FATIMA GOMES MENDONCA - CRF/CEP: 164.213.094-87
RUA JOAO TEIXEIRA DE CARVALHO, 349 - PEDRO GONCALVES



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Libnir Diego Pessoa de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.714.329-76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joselito Barbosa dos Santos Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.144.914-817, do sinistro de DPVAT cobertura Qualidade de Vítima, Joselito Barbosa dos Santos Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.144.914-817, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios
**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

19 SET 2019

Gente Seguradora SIA,
Av. Doutor Pedro L. Tavares, 1716 Sl. 108-João Pessoa/PB

Endereço	Número	Complemento
Rua: <u>João Teixeira de Carvalho</u>	<u>349</u>	
Bairro		
Cidade		
Email		
Telefone comercial (DDD)		
<u>83.9512.6017</u>		
Estado	CEP	
<u>PB</u>	<u>58031-220</u>	
Telefone celular (DDD)		

João Pessoa 11 de Setembro de 2019
Local e Data
PP

Assinatura do Declarante





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20422689267

Número do Benefício: 6212650962 Espécie: 31

Número do Requerimento: 184641311

Ao Sr. (a): JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Endereço: TELEGRAFISTA JOAO OSCAR 354, TRINCHEIRAS

CEP: 58011010 Município: JOAO PESSOA UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Não Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 12/12/2017, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, a incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual.

Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.

Data, 15 de Janeiro de 2018

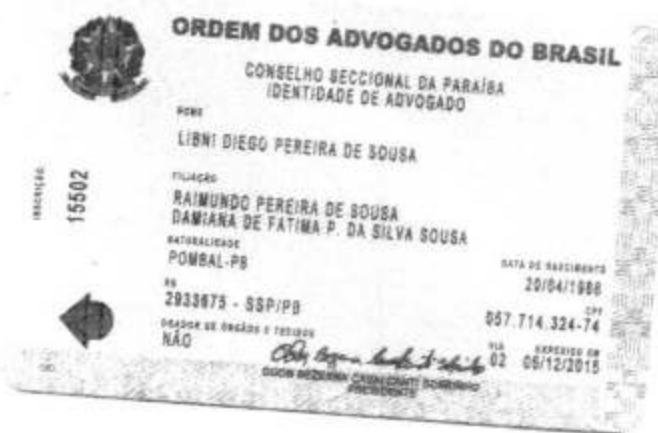


INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência: JOAO PESSOA BELA VISTA
CEP: 58010400 Município: JOAO PESSOA

Endereço: RUA BARAO DO TRIUNFO,307
UF: PB VARADOURO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Cliente,



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Ministério das Cidades

DENATRAN

DETRAN - PB

Nº 013136593404

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1
REF. 20170000016024-A-0
0015345650-8
00/00000000

JOSELITO BARBOSA DOS S³ JUNIOR
RUA JOÃO XXIII 281
SESI
58306-10 BAYEUX - PB

10214491480
MOC1991/PB

ISTEFANIA FARIAS DE ANDRADE
PLACA

NOVO
PB
9C2KD04309R022285

PAS/MOTOCICLETA/NAO APYC
ESPECIE TIPO

HONDA/NXR150-BROS/KS
PARCAMENTO

CAP/PO/CL
2 P/149 /CI
PARTIC

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DESENHOS/ESPECIAIS

BAYEUX-PB
LOCAL

41047
26/01/2017

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS
1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

E TABELLIONATO DE NOTAS - CRÓDIGO CNJ 06.070-0
Av. Dom Pedro I, 176 St. 106-Bairro Pessoal/PB

Marco Límão de Oliveira, Encarregado - Ofício 1 - Total: 12.13

Selo Digital de Fiscalização Tipo AHR44575-CG52
Data da emissão do ato: https://selodigital.tips.br

AU QUINHÃAU NUNCA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR: **SUELITON DA SILVA**

VALOR R\$

R\$ 39.055,77 (TRINTA E Nove mil e cinquenta e cinco reais)

OPÇÃO: 700 408 171-5

**RECEBEDOR: Rua Frei Demétrio N° 18
BAYEUX-ANDRADAS BAYEUX - PB**

LOCAÇÃO: 25 Santa Rita, 05/10/2018

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO/VENDEDOR:
José Lito Barbosa

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar à vinda do veículo ao DETRAN no prazo de 30 dias, sob pena de ferir seu dever de responsabilidade solidariamente pelas penalidades impostas nessa lei.

b) O adquirente tem prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da inscrição na prova de transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 c). É obrigatório o reconhecimento de firma do vendedor e do vendedor, exclusivamente na forma de acordo.

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO/VENDEDOR CONFORME ART. 269 C.P.C.

ASSINATURA DO COMPRADOR:
Sueliton da Silva

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO/VENDEDOR CONFORME ART. 269 C.P.C.

3º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA
Av. Gonçalves Neto, 100 Centro, Santa Rita/PB

Reconhecido, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR
Deus fb, Santa Rita/PB - 05/11/2018

Tabelião Fiel, Rosan Grangiano Matuzas
Selo Digital AHS91368-CJK

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELLIONATO DE NOTAS - CRÓDIGO CNJ 06.070-0
Av. Dom Pedro I, 176 St. 106-Bairro Pessoal/PB

Autenticação por Autenticidade e Assinatura de:
SUELITON DA SILVA

John P. Souza, cônico de Novembro de 2018 a dezeto
Em Trancoso, dia veado.

Marcos Límão de Oliveira, Encarregado - Ofício 1 - Total: 12.13

Selo Digital de Fiscalização Tipo AHR24775-WRT

Data da emissão do ato: https://selodigital.tips.br

19 SET 2019
CARTELARIO AZEVEDO BASTOS
E DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DPVAT
Autenticação a presente é feita do documento
apresentado no site da DPVAT
http://dpvat.mt.gov.br/
Selo Digital de Fiscalização Tipo AHR44575-CG52
Número de Nota: 324 05171/2018
Valor do Ato: R\$ 324 05171/2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 176 St. 106-Bairro Pessoal/PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324961/19

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIO

CPF: 102.144.914-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/02/2017

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Titular do CPF: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA : 057.714.324-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR : 102.144.914-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2019
Nome: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA
CPF: 057.714.324-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

obrigado a usá-las, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aprendida, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição. Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidas" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CTPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança do trabalho e cumprá-las na hora de trabalhar. Conversa e discussão no trabalho puderão levar a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os antas, punsetras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guarda protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Confieça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 14740 Série 003513



ASSINATURA DO PORTADOR

Josette Ribeiro da Silveira



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Jose Lito Barbosa dos Santos Júnior*
Loc. Nasc *João Pessoa* Est. *PB* Data *27/08/93*
Emissão *Qualite Barbosa dos Santos e*
Veronice Martins da Cunha
Doc. Nº *PG-1433096-557173*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão *01/02/2015 SRTE* *JLito Pessoa PB*

Antônio Gomes de Souza 3506-8

Assinatura do Funcionário *EMPOSSADA*

PECF - 0003

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

9

Nome.....
.....



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.
JUNIOR

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA PERNAS DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA, FOI TRATADO CIRURGICAMENTE, OSTEOPROTESE COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM INFECÇÃO (OSTEOMIELITE), SENDO NECESSÁRIOS NOVOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PARA LIMPEZA DESBRIDAMENTO E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA DA PERNAS DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40 GRAUS, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA PERNAS DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA, FOI TRATADO CIRURGICAMENTE, OSTEOPSEOSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM INFECÇÃO (OSTEOMIELITE), SENDO NECESSÁRIOS NOVOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PARA LIMPEZA DESBRIDAMENTO E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA DA PERNAS DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40 GRAUS, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA Perna DIREITA.(OSTEOMIELITE)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 5/13

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA Perna DIREITA.(OSTEOMIELITE)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 5/13

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

OUTORGANTE: Joselito Barbosa dos Santos Júnior
 brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Caçador de Granito
 Documento de identificação ENH Nº 06174046770 data da expedição: --
17/09/2015 CPF/MF nº 102.144.919-80, residente e domiciliado
 (a) Rua R. Telê. João Teixeira N° 354 Truqueiros, cidade de João Pessoa, Estado PB,
 CEP 58011-010, telefone: _____

OUTORGADO: LIBN DIEGO PEREIRA DE SOUSA, RG Nº 2933675, CPF/MF nº 057.714.324-74, com endereço cito à Rua: João Teixeira de Carvalho, 349 Bairro: Pedro Gondim, cidade de João Pessoa, Estado Paraíba.

OUTORGADO: MARCILIO FERREIRA DE MORAIS, RG Nº 2797451, CPF/MF nº 075.198.084-67, com endereço cito à Rua: João Teixeira de Carvalho, 349 Bairro Pedro Gondim, cidade de João Pessoa, Estado Paraíba.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar e entregar documentos referentes a pedidos de indenizações do **SEGURO DPVAT** junto as Seguradoras credenciadas á Líder em todas as naturezas (**INVALIDEZ, ÓBITO E DAMS**), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e Acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela Líder, realizar contestações Junto à Líder e a SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e docur apresentados e disponibilizados ao outorgado.

_____, 71, de SETEMBRO de 2019.




Joselito Barbosa dos Santos Júnior
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
OUTORGANTE

12 SET 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324961/19

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIO

CPF: 102.144.914-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/02/2017

Titular do CPF: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA : 057.714.324-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR : 102.144.914-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2019
Nome: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA
CPF: 057.714.324-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa